

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Dasar

1. Identitas Pasien

Kamar / Ruang : Kamar Edelweis 202 Ruang Kebidanan
Tanggal masuk RS : 06 Maret 2022
Nama inisial pasien : Ny.S
Waktu pengkajian : Senin, 07 Maret 2022 Pukul 17:00 WIB
No. Rekam Medis : 210209
Umur : 36 tahun
Alamat : Sukadana Udik, RT/RW 002/002, Bunga Mayang
Jenis kelamin : Perempuan
Status pernikahan : Menikah
Agama : Islam
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT
Riwayat kehamilan : P3A0

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Minggu, 06 Maret 2022 pukul 16:00 WIB klien mengeluh keluar cairan berwarna putih pada bagian vagina dan nyeri pada bagian perut menjalar sampai ke pinggang, lalu klien bersama suami pergi ke klinik bidan terdekat saat sesampainya di klinik bidan, klien memiliki tekanan darah tinggi 200/110 mmHg lalu klien dibawa ke Puskesmas rawat inap dan pukul 21:00 WIB di rujuk ke RSUD Handayani. Klien memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2020. Usia kehamilan aterm cukup bulan, klien dilakukan tindakan *sectio caesarea* pada tanggal 07 Maret 2022 pukul 12.00 WIB tekanan darah 220/120 mmHg, klien mengatakan hamil anak ke 3, sebelumnya klien tidak pernah mengalami tindakan *Sectio Caesarea*.

3. Riwayat Kesehatan Pada Saat Pengkajian

a. Keluhan Utama

Klien *Post Sectio Caesarea* pada tanggal 07 Maret 2022, Pengkajian dilakukan setelah 5 jam *Post Sectio Caesarea*. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri pada bagian luka *Post Sectio Caesarea*, skala nyeri 7, nyeri terasa saat bergerak, klien tampak meringis, klien tampak cemas, dan gelisah, klien merasa tidak nyaman ketika bergerak, klien mengatakan takut jika bergerak.

b. Keluhan Penyerta

Saat pengkajian, klien mengatakan tidak nyaman, klien mengatakan ASI belum keluar, payudara terasa nyeri, klien tampak lemah dan aktivitas fisik dibantu oleh keluarga.

4. Pengkajian Keperawatan

Penampilan umum :

Hasil pengkajian tingkat kesadaran pada Ny. S, composmentis dengan GCS: E4V5M6, tidak tampak sianosis, turgor kulit baik, akral dingin, klien tampak lemah, klien tampak gelisah, klien mengeluh tidak nyaman dan mengeluh sulit bergerak karena nyeri, klien merasa cemas, klien takut jika bergerak luka bekas *Post Sectio Caesarea* takut terbuka, gerakan klien tampak terbatas, klien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 2020, klien tidak memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus dan tidak memiliki riwayat penyakit hipertiroid, klien tidak merokok, klien tidak memiliki riwayat pembedahan. Ini adalah pertama kali klien melakukan pembedahan *Sectio Caesarea*

Hasil pemeriksaan tanda tanda vital :

Tekanan darah	: 170/100 mmHg
Nadi	: 103x/menit
Pernapasan	: 20x/menit,
Suhu	: 35,9°C

5. Pengkajian Respirasi

Dari hasil pengkajian didapatkan frekuensi pernapasan klien yaitu 20x/menit, klien tidak sesak napas, tidak ada batuk, tidak ada sputum berlebih, tidak ada suara napas tambahan seperti wheezing, ronchi, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, tidak ada yang mengganggu sistem respirasi klien.

6. Pengkajian Sirkulasi

Dari hasil pemeriksaan didapatkan denyut nadi klien 103x/menit, CRT < 3 detik, tidak ada perdarahan, tidak ada tanda distensi vena jugularis, tidak ada parestesia, dan tidak ada tanda bradikardi atau takikardi.

7. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Hasil pengkajian *Post Sectio Caesarea* klien mengatakan sudah makan namun belum ada nafsu makan yang tinggi, klien menghabiskan sedikit porsi makanan yang sudah disediakan oleh Rumah Sakit dengan 3 sendok makan, klien mengatakan sudah minum dengan 440 ml setelah masuk ruang perawatan, klien mengatakan tidak mual, klien mengatakan tidak ada gangguan menelan, tidak terdapat sariawan, klien mengatakan tidak diare, klien terpasang cairan infus RL, intravena 20x tpm

8. Pengkajian Eliminasi

Klien tampak terpasang kateter urine dengan volume cairan 2000 ml, tidak terdapat disuria, warna urine kuning jernih, klien mengatakan belum BAB selama *Post Sectio Caesarea*.

9. Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

Saat pengkajian nilai tingkat aktivitas klien yaitu tingkat 3 ; memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain dan peralatan atau alat, klien tampak lemah, hanya bisa menggerakkan kedua tangannya dan kepala, klien mengatakan belum bisa menggerakkan kedua kakinya, klien mengatakan

nyeri saat bergerak dan membuat tidak nyaman, klien merasa cemas terhadap luka operasi jika terlalu banyak gerak, klien tampak gelisah, klien tampak meringis, klien tampak lesu, seluruh aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

10. Pengkajian Neurosensori

Klien tidak mengalami cedera medulla spinalis, klien tidak mengalami kesulitan menelan, klien tidak batuk, tidak ngiler dan tidak menelan berulang.

11. Pengkajian Reproduksi dan Seksual

Pengeluaran lochea rubra tertampung di dalam pampers klien, berwarna merah, dan tidak terjadi perdarahan.

12. Pengkajian Ibu Hamil dan Melahirkan

Klien mengatakan ini adalah kehamilan anak ke tiga (P3 A0), klien berusia 36 tahun, kehamilan aterm cukup bulan, klien mengatakan kehamilan ini adalah kehamilan direncanakan, sejak 2020 klien memiliki tekanan darah tinggi dikarenakan sering konsumsi makanan instan seperti mie, sarden, dan makanan asin. klien mengatakan belum pernah mengalami melahirkan secara *Sectio Caesarea* persalinan sebelumnya klien dibantu oleh dukun.

13. Pengkajian Pasca Partum

Hasil pengkajian klien mengeluh lelah, klien tampak meringis, klien mengeluh tidak nyaman pada perineum karena mengeluarkan darah, payudara tampak bengkak, puting klien tampak menonjol, klien mengatakan payudara terasa nyeri, ASI belum keluar, ASI tidak menetes.

14. Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Saat dikaji klien mengeluh merasa tidak nyaman karena nyeri pada luka bekas operasi dengan skala nyeri 7, klien mengatakan nyeri seperti di

tusuk tusuk, klien tampak gelisah, nyeri terasa pada saat klien bergerak dan nyeri berkurang ketika klien tidak melakukan pergerakan.

15. Pengkajian Psikologis

Berdasarkan hasil pengkajian klien tidak tampak tegang, kontak mata baik, suara klien tidak bergetar, klien dapat menjawab pertanyaan, klien tidak menangis dan tidak marah.

16. Pengkajian kebersihan Diri

Saat pengkajian klien mengatakan belum mampu untuk melakukan aktivitas secara mandiri seperti mandi, mengenakan pakaian, ke toilet, berhias, makan, masih dibantu oleh keluarga, klien tampak lemah, rambut klien tampak berantakan, dan tidak mengenakan baju.

17. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Saat pengkajian didapatkan hasil terdapat luka Post Sectio Caesarea dengan panjang kurang lebih 10 cm, klien tidak mengalami kejang, akral teraba dingin, klien dilakukan prosedur invasif kateter dan infus.

18. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan Laboratorium Pasien Ny. S pada saat dirawat terdapat pada tabel dibawah ini

Tabel 3.1
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien
dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas
pada Kasus *Post Sectio Caesarea* terhadap Ny. S
di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 07-09 Maret 2022

Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai normal perempuan
1	2	3
Antigen sars COV	Negatif (-)	Negatif (-)
Golongan darah	O+	-
Gula darah sewaktu	125 mg/dl	100-200 mg/dl
Protein urine	Negatif (-)	Negatif (-)
Hemoglobin	11,4 gr/dl	11-16 gr/dl
Leukosit	12.600 μ l	4.00-10.00 μ l
Eritrosit	4.25 μ l	3.50-5.00 μ l
Trombosit	332 μ l	150-450 μ l

19. Pengobatan yang Diberikan

- a. Infus RL : 20 tpm
- b. Oxytocin : 1mg x 2 ampul, 1x24 jam (drip)
- c. Cefotaxime : 1 mg/12jam (IV)
- d. Asam Traneksamat : 50 mg/8jam (IV)
- e. Ketorolac : 30mg/8jam (IV)

B. Analisa Data

Tabel 3.2
Analisa Data Keperawatan Pasien
dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas
pada Kasus *Post Sectio Caesarea* terhadap Ny. S
di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 07-09 Maret 2022

No	Data (DS/DO)	Masalah Keperawatan
1	2	3
1	DS : 1. Klien mengeluh nyeri saat bergerak 2. Klien mengatakan cemas saat bergerak, jika bergerak takut luka terbuka 3. Klien mengeluh tidak nyaman DO : 1. Klien tampak berbaring di tempat tidur 2. Fisik klien tampak lemah 3. Gerakan klien tampak terbatas	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
2	DS : 1. Klien mengatakan ASI belum keluar 2. Klien mengatakan payudara terasa nyeri DO : ASI tidak menetes Payudara tampak Bengkak	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak
3	DS : Klien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas mandiri. DO : 1. Klien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri 2. Klien tampak lemah 3. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga. 4. Rambut klien tampak berantakan, dan tidak mengenakan baju.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

1	2	3
4	DS : Klien mengeluh nyeri di bagian abdomen pada luka post operasi DO : 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak gelisah 3. Skala nyeri 7 4. Tekanan darah 170/100 mmHg 5. Frekuensi nadi 103x/mnt	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Post operasi)

C. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.3
Diagnosa Keperawatan Pasien
dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas
pada Kasus *Post Sectio Caesarea* terhadap Ny. S
di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 07-09 Maret 2022

No	Diagnosa Keperawatan
1	2
1	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan klien mengeluh nyeri saat bergerak, klien mengatakan cemas saat bergerak, jika bergerak takut luka terbuka, klien mengeluh tidak nyaman, klien tampak berbaring di tempat tidur, Fisik klien tampak lemah, gerakan klien tampak terbatas.
2	Menyusui tidak efektif berhubungan dengan payudara bengkak ditandai dengan klien mengatakan ASI belum keluar, klien mengatakan payudara terasa nyeri, ASI tidak menetes, payudara tampak bengkak.
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas mandiri, klien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri, klien tampak lemah, aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga rambut klien tampak berantakan, dan tidak mengenakan baju.
4	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Post operasi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri di bagian abdomen pada luka post operasi, klien tampak meringis, klien tampak gelisah, skala nyeri 7, tekanan darah 170/90 mmHg, nadi meningkat 103x/mnt

Dari 4 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada Ny.S maka diagnosa yang menjadi prioritas adalah

Tabel 3.4
Prioritas Diagnosa Keperawatan Pasien
dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas
pada Kasus *Post Sectio Caesarea* terhadap Ny. S
di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 07-09 Maret 2022

No	Diagnosa keperawatan
1	2
1	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
2	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5
Rencana Keperawatan Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas pada Kasus *Post Sectio Caesarea*
terhadap Ny. S di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 07-09 Maret 2022

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh nyeri saat bergerak 2. Klien mengatakan cemas saat bergerak 3. Klien mengeluh tidak nyaman <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak berbaring di tempat tidur 2. Fisik klien tampak lemah 3. Gerakan klien tampak terbatas 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Rentang gerak ROM meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor tanda tanda vital 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur) 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, dan berjalan)

1	2	3	4
			8. Anjurkan melakukan mobilisasi dini (miring kanan kiri dan ROM)
2	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <p>Klien mengatakan belum mampu melakukan aktivitas mandiri.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, dan berhias secara mandiri 2. Klien tampak lemah 3. Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam defisit perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>Perawatan Diri (L.11103)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet meningkat 4. Minat melakukan perawatan diri meningkat 5. Mempertahankan kebersihan diri meningkat 6. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat 	<p>Dukungan Perawatan diri : Mandi (L.11352)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) 4. Monitor integritas kulit 5. Sediakan perlengkapan mandi (misalnya sabun, sikat gigi, sampo, pelembab kulit) 6. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 7. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 8. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 9. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 10. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian 11. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 12. Mengevaluasi kemampuan pasien

E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien dengan Gangguan Kebutuhan Aktivitas
pada Kasus *Post Sectio Caesarea* terhadap Ny. S
di Ruang Kebidanan RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 07-09 Maret 2022

Catatan perkembangan Hari Pertama

Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
Gangguan mobilitas fisik	<p>Tanggal : Senin, 07 Maret 2022 Pukul : 19:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda tanda vital tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan 2. Mengobservasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 3. Menanyakan pada klien apakah bersedia menerima informasi mengenai mobilisasi dini 4. Memberikan penjelasan kepada klien tujuan mobilisasi dan cara melakukan gerakan ROM pasif (gambar terlampir) Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin di tempat 	<p>Tanggal : Senin, 07 Maret 2022 Pukul : 20:00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan siap menerima informasi dan memahami informasi yang diberikan 2. Klien mengeluh nyeri dibagian perut saat bergerak 3. Klien mengatakan masih takut ketika bergerak, takut jika luka <i>Post Sectio Caesarea</i> akan terbuka 4. Klien mengatakan kaki bisa di gerakan secara pelan pelan dan dengan bantuan

	tidur	
--	-------	--

1	2	3
	<p>dengan melatih bagian-bagian tubuh untuk melakukan peregangan. Mobilisasi <i>Post Sectio Caesarea</i> bertujuan untuk memulihkan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan pergerakan sehari-hari, mempercepat penyembuhan luka, memperlancar fungsi alat pencernaan, meningkatkan kelancaran peredaran darah, mempercepat fungsi pengeluaran ASI. Prosedur gerakan ROM pasif yaitu gerakan perputaran dan tekuk kepala, gerakan tekuk dan luruskan siku, gerakan tekuk dan luruskan bahu, gerakan tekuk dan luruskan jari jari pergelangan tangan, tekuk dan luruskan ibu jari, gerakan putar pergelangan kaki, gerakan jari kaki di tekuk dan di tarik ke arah muka, pangkal paha lutut di tekuk dan di geser</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Memasang pagar tempat tidur 6. Menganjurkan klien untuk melakukan gerakan ROM aktif (gambar terlampir) (gerakan perputaran dan tekuk kepala, gerakan tekuk dan luruskan siku, gerakan tekuk dan luruskan bahu, gerakan tekuk dan luruskan jari jari 	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien belum mampu bergerak secara mandiri 2. Gerakan klien tampak terbatas 3. Klien tampak lemah 4. Klien tampak belum mampu mandiri untuk menekuk bagian ekstremitas bawah 5. klien belum mampu untuk untuk miring kanan dan kiri secara mandiri 6. Tanda tanda vital <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 173/100 mmHg - Nadi : 21x/menit - Suhu : 36°C - Pernapasan : 22x/menit 7. Klien tampak meringis <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda tanda vital 2. Evaluasi kemampuan klien dalam melakukan mobilisasi miring kanan miring kiri 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

	pergelangan tangan	
--	--------------------	--

1	2	3
	<p>Tekuk dan luruskan ibu jari, gerakan putar pergelangan kaki, gerakan jari kaki di tekuk dan di tarik ke arah muka, pangkal paha, lutut di tekuk dan di geser)</p> <p>7. Mengajarkan mobilisasi dini miring kanan dan kiri (gambar terlampir) Posisi pasien berbaring dan kemudian miringkan ke kiri/kanan dengan posisi kaki bawah lurus dan bagian kaki atas agak ditekuk ke arah dada, letakan bantal di antara dada, abdomen dan paha atas</p> <p>8. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan</p> <p>9. Berkolaborasi dengan obat melalui selang infus : Cefotaxime 1mg, Ketorolac 30mg</p>	<p>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>5. Ajarkan mobilisasi sederhana duduk ditempat tidur</p> <p style="text-align: right;">Perawat  MIRNA KEMALA PUTRI</p>

1	2	3
Defisit perawatan diri	<p>Tanggal : Senin, 07 Maret 2022 Pukul : 20:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri 2. Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 3. Menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan Manfaat mandi yaitu meningkatkan energi, memperbaiki suasana hati, memperbaiki kondisi kulit dan rambut, mengurangi bau badan, mengurangi timbulnya dan penyebaran penyakit Dampak jika tidak mandi yaitu mudah terserang infeksi jamur, kulit gatal, dan iritasi kulit 4. Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman Menjaga privasi dengan menutup skerm dan menutup pagar tempat tidur 5. Memberikan bantuan sesuai kebutuhan pasien (mengelap muka dan badan pasien dengan waslap diatas tempat tidur, 	<p>Tanggal : Senin, 07 Maret 2022 Pukul : 20:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh lemas belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri 2. Klien mengatakan belum mandi sejak di rawat 3. Klien mengatakan bersedia untuk dibantu membersihkan diri dan memakai baju 4. Klien mengatakan lebih bersih dibandingkan sebelumnya <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak terpasang kateter urine & infus 3. Klien tampak belum mampu untuk membersihkan diri secara mandiri dan perlu bantuan 4. Klien tampak sudah mengenakan baju dan tampak lebih bersih <p>A : Masalah Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kemandirian

1	2	3
	membantu mengenakan baju, mengganti diapers)	<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, kulit, kuku) 3. Monitor integritas kulit 4. Sediakan kebutuhan pribadi alat mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampo, dan pelembab kulit) 5. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 6. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 7. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 8. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian 9. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p style="text-align: right;">Perawat  MIRNA KEMALA PUTRI</p>

Catatan Perkembangan Hari ke Dua

Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
Gangguan mobilitas fisik	<p>Tanggal : Selasa, 08 Maret 2022 Pukul : 15:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda tanda vital 2. Mengevaluasi kemampuan klien dalam melakukan mobilisasi miring kanan miring kiri 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana duduk ditempat tidur dengan posisi semi fowler 6. Berkolaborasi dengan obat melalui selang infus : Cefotaxime 1mg, Ketorolac 30mg 	<p>Tanggal : Selasa, 08 Maret 2022 Pukul : 15:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah mampu untuk miring kanan dan miring kiri 2. Klien mengatakan tidak takut atau tidak cemas lagi ketika bergerak dan nyeri hanya terasa sedikit 3. Klien mengatakan sudah bisa duduk di atas tempat tidur dengan posisi tempat tidur yang di tinggikan 4. Klien mengatakan ketika sulit bergerak masih perlu bantuan keluarga <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien sudah tidak tampak lemah 2. Klien tampak bisa melakukan miring kanan miring kiri secara perlahan 3. Klien sudah tampak mulai menggerakkan ekstremitas bawah seperti menggeser dan mengangkat bagian kaki secara perlahan

1	2	3
		<p>4. Klien tampak sudah bisa duduk dengan posisi semi fowler</p> <p>5. Tanda tanda vital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 159/91 mmHg - Nadi : 99x/menit - Pernapasan : 20x/menit, - Suhu : 36,4°C <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda tanda vital 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Anjurkan klien untuk melakukan mobilisasi sederhana yaitu berjalan ke toilet <p style="text-align: right;">Perawat  MIRNA KEMALA PUTRI</p>

1	2	3
Defisit perawatan diri	<p>Tanggal : Selasa, 08 Maret 2022 Pukul : 15:35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Memonitor kebersihan tubuh (mis. rambut, kulit, kuku) 3. Memonitor integritas kulit 4. Menyediakan kebutuhan pribadi alat mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampo, dan pelembab kulit) 5. Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan menjaga privasi menutup skerm 6. Memfasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 7. Memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan 8. Memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian (mengganti diapers) 9. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 10. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan 	<p>Tanggal : Selasa, 08 Maret 2022 Pukul : 16:15 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah mampu mengelap badannya dengan menggunakan waslap 2. Klien mengatakan sudah mampu untuk menggosok gigi sendiri di atas tempat tidur 3. Klien mengatakan sudah mulai mampu menjaga kebersihan diri <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak masih terpasang kateter urine & infus 2. Klien tampak sudah bisa mengelap badan dengan waslap 3. Klien masih perlu bantuan ketika mengenakan baju karena masih terpasang infus 4. Klien tampak rapi dari sebelumnya 5. Kuku dan mulut klien tampak bersih 6. kulit klien tampak lembab dan bersih 7. rambut klien tampak sudah rapih <p>A : Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

		1. Evaluasi klien dalam melakukan perawatan diri
1	2	3
		<p>2. Anjurkan klien untuk mempertahankan kebersihan diri</p> <p>3. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan membantu klien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p style="text-align: right;">Perawat  MIRNA KEMALA PUTRI</p>

Catatan Perkembangan Hari ke Tiga

Diagnosa Keperawatan 1	Implementasi 2	Evaluasi 3
Gangguan mobilitas fisik	<p>Tanggal : Rabu, 09 Maret 2022 Pukul : 15:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda tanda vital 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Menganjurkan klien untuk melakukan mobilisasi sederhana yaitu berjalan ke toilet 	<p>Tanggal : Rabu, 09 Maret 2022 Pukul : 15:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah bisa jalan dan ke toilet namun dengan bantuan di tuntun 2. Klien mengatakan sudah tidak takut bergerak dan nyeri sudah berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kateter urine tampak sudah di lepas 2. Klien tampak sudah mampu jalan secara perlahan dan masih dalam dampingan keluarga 3. Klien tidak tampak meringis 4. Tanda tanda vital <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah : 150/83 mmHg - Nadi : 95x/menit - Pernapasan : 20x/menit, - Suhu : 36,3°C <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>

1	2	3
		Perawat

		 MIRNA KEMALA PUTRI
Defisit perawatan diri	<p>Tanggal : Rabu, 09 Maret 2022 Pukul : 15:40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi klien dalam melakukan perawatan diri 2. Melepas infus pasien 3. Menganjurkan klien untuk mempertahankan kebersihan diri 4. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi dan membantu klien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 	<p>Tanggal : Rabu, 09 Maret 2022 Pukul : 16:30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah mampu melakukan kebersihan diri dan perawatan diri secara mandiri 2. Klien mengatakan sudah mampu mandi di kamar mandi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infus klien sudah di lepas 2. Klien tampak melakukan kebersihan diri secara mandiri seperti mandi, dan menggosok gigi 3. Klien tampak mengenakan pakaian dan menyisir rambut secara mandiri 4. Klien tampak bersih rapi dan wangi <p>A : Masalah defisit perawatan diri teratasi P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">Perawat  MIRNA KEMALA PUTRI</p>